N° 28.

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE ANATOMO-PATHOLOGIQUE

DES

KYSTES DE L'OVAIRE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 24 Décembre 1887

Par Joseph KUSTER

Né à Carcassonne (Aude),

Ex-interne de l'Hôpital civil de Mustapha (Alger),
Lauréat de l'École de Médecine d'Alger,
Élève du Service de Santé militaire.

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER

TYPOGRAPHIE ET LITHOGRAPHIE CHARLES BOEHM

ÉDITEUR DU MONTPELLIER MÉDICAL,
DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE DES SCIENCES MÉDICALES.

1887

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. CASTAN..... DOYEN
GRASSET..... ASSESSEUR

PROFESSEURS :

Clinique médicale	COMBAL (✠ ✠).
Clinique des maladies mentales et nerveuses	CAVALIER (✠).
Physique médicale	MOITESSIER (✠).
Médecine légale et Toxicologie	JAUMES
Clinique chirurgicale	DUBRUEIL (✠).
Chimie médicale et Pharmacie	ENGEL.
Hygiène	BERTIN-SANS.
Pathologie interne	CASTAN.
Clinique médicale	GRASSET.
Botanique et Histoire naturelle médicale	PLANCHON (✠ ✠).
Physiologie	LANNEGRACE.
Clinique obstétricale et Gynécologie	DUMAS (LÉON).
Clinique chirurgicale	TÉDENAT.
Opérations et Appareils	GRYNFELTT.
Pathologie externe	CHALOT.
Anatomie pathologique et Histologie	KIENER (✠).
Anatomie (Chargé du Cours)	GILIS.
Thérapeutique et Matière médicale	HAMELIN. (✠).

Doyen honoraire : M. J. BENOIT (O. ✠ ✠)
Professeurs honoraires : MM. MARTINS (O ✠), DUPRÉ (✠ C ✠).

CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUES ANNEXES :

Clinique des maladies des enfants	MM. BATLLE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	GAYRAUD.
Clinique ophtalmologique	TRUC.
Clinique des maladies des vieillards	MOSSÉ.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM. CARRIEU.	MM. BLAISE.	MM. TRUC.
MAIRET.	BAUMEL.	GERBAUD.
BIMAR.	VILLE.	GILIS.
MOSSÉ (✠).	GRANEL.	MALOSSE.
REGIMBEAU ✠.	FORGUE.	BROUSSE.

MM. GOT, *Secrétaire.*
F.-J. BLAISE, *Secrétaire honoraire.*

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. DUBRUEIL, *président* ;
TÉDENAT, professeur ;
CARRIEU, agrégé.
GAYRAUD, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur, qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

J. KUSTER.

A Monsieur le Professeur COMBAL

A Monsieur le Professeur KIENER

Médecin principal de deuxième classe,
Médecin de l'Hôpital militaire de Montpellier.

A TOUS MES MAITRES

A MES EXCELLENTS AMIS ET COLLÈGUES D'INTERNAT

Les Docteurs Jules BÉRARD

et Louis ARMYNOT du CHATELET.

J. KUSTER.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE,

Monsieur le Professeur DUBRUEIL

J. KUSTER.

INTRODUCTION

ET DIVISION DU SUJET.

Nous devons le sujet de notre Dissertation inaugurale à M. le professeur agrégé Tapie.

Certes, nous n'avons pas la prétention d'écrire quelque chose de nouveau après les travaux de Virchow, de Cruveilhier, de Valdeyer, de Malassez, etc.; nous avons voulu simplement, en publiant la description d'une tumeur kystique des plus remarquables, apporter un fait de plus à l'appui de la théorie épithéliale des kystes de l'ovaire.

Nous ne nous dissimulons pas les imperfections et les nombreuses lacunes de notre travail : manquant d'expérience personnelle, nous avons peut-être entrepris une œuvre au-dessus de nos forces; aussi osons-nous compter sur la bienveillance de nos Juges.

En tout cas, nous avons la satisfaction d'avoir cherché sincèrement; nous avons fait la description aussi exacte que possible de ce que nous avons vu, et nous pouvons dire, nous aussi, avec Montaigne, que « c'est icy œuvre de bonne foy ».

Nous laisserons de côté, dans ce travail, l'Anatomie pathologique et la Pathogénie des kystes dermoïdes, bien que nous ayons fait la description d'une tumeur de ce genre qui se trouvait annexée au kyste que nous examinons.

Nous diviserons notre travail en quatre Chapitres:

Dans le premier, nous exposerons très brièvement l'Anatomie et l'Embryogénie de l'ovaire.

Le deuxième sera consacré à l'Anatomie pathologique.

Dans le troisième, nous nous occuperons de la Pathogénie des kystes.

Dans le quatrième enfin, après avoir exposé le résultat de nos recherches histologiques, nous donnerons nos Conclusions.

Au moment d'aborder notre sujet, nous considérons comme un devoir d'exprimer à M. le professeur Kiener et à M. le professeur agrégé Tapie, aujourd'hui professeur à l'École de Médecine de Toulouse, nos remerciements les plus sincères pour l'accueil bienveillant et sympathique que nous avons toujours trouvé au laboratoire d'histologie.

M. le professeur agrégé Gilis nous a toujours témoigné le plus vif intérêt: qu'il nous permette de lui adresser l'expression de notre gratitude.

Merci également à notre ami M. Arrivat, aide-préparateur d'histologie, grâce à l'obligeance duquel nos recherches histologiques ont été menées à bonne fin.

Que M. le professeur Dubrueil veuille bien agréer l'expression de toute notre reconnaissance pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette Thèse !

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE ANATOMO-PATHOLOGIQUE

DES

KYSTES DE L'OVAIRE

CHAPITRE PREMIER

Anatomie et développement de l'Ovaire.

L'ovaire est constitué, en allant de la superficie à la profondeur, d'abord par une couche unique de cellules épithéliales polyédriques ou cylindriques courtes et granuleuses ; c'est l'épithélium germinatif de Waldeyer.

Au-dessous se trouve l'albuginée : couche composée de faisceaux de cellules fusiformes intimement entrelacées. Henle a décrit dans l'albuginée de l'ovaire humain une première couche externe longitudinale, une deuxième couche moyenne, dont les fibres sont disposées circulairement, et une interne, à fibres longitudinales, de même que l'externe.

En allant toujours de la périphérie vers la profondeur, on rencontre ensuite une zone décrite par Schrön sous le nom de couche corticale, et dans laquelle les follicules de de Graaf sont disposés par petits groupes séparés par du tissu conjonctif. Les

plus gros follicules, qui sont situés vers la profondeur de la couche corticale, peuvent mesurer jusqu'à un millimètre et demi de diamètre.

La partie centrale de l'ovaire est de nature conjonctive. Dans les portions situées près du hile, il existe de nombreux vaisseaux sanguins, plongés dans un tissu cellulaire lâche, entremêlé de faisceaux musculaires lisses. Cette zone, remarquable par ses nombreux vaisseaux, est connue sous le nom de zone vasculaire de Waldeyer.

Le stroma conjonctif est formé de cellules transparentes, fusiformes, ayant chacune un noyau ovale. Ces cellules, arrangées en faisceaux, forment un tissu assez dense, qui se dispose en couches concentriques autour des ovules. Pour Klein, les cellules fusiformes représentent l'état jeune du tissu cellulaire. Entre les faisceaux de cellules fusiformes, on remarque des traînées de cellules polyédriques munies d'un noyau sphérique.

Ces cellules correspondraient aux cellules épithéliales interstitielles qu'on retrouve dans le testicule, et qui sont des vestiges du corps de Wolf.

DÉVELOPPEMENT DE L'OVAIRE.

Si l'on examine des coupes d'embryon de poulet, à l'époque où le feuillet moyen vient de se dédoubler en deux lames, dont l'extérieure s'est adossée au feuillet externe du blastoderme pour former la somato-pleure, et dont l'intérieure s'est adossée au feuillet interne pour former la splanchno-pleure, on verra que le feuillet moyen ne s'est pas divisé entièrement, et que sa partie indivise est le siège de plusieurs formations qui sont : Tout à fait au centre, la corde dorsale et les masses prévertébrales ; entre les masses prévertébrales et l'angle rentrant formé par la division en deux lames du feuillet moyen, existe une masse cellulaire assez

volumineuse à laquelle Waldeyer a donné le nom de germe uro-génital. C'est cette formation qui doit donner naissance au corps de Wolf. Vers la quarante-huitième heure de l'incubation, chez le poulet, on voit déjà des phénomènes de différenciation s'opérer dans le germe uro-génital. C'est, premièrement, la formation d'un canal, le canal de Wolf, qui se forme par suite d'une invagination de la partie du germe uro-génital la plus voisine du feuillet externe.

Ce canal, une fois formé, se déplace successivement en bas et en avant, et, vers la soixantième heure de l'incubation, il a atteint la partie centrale du germe uro-génital, et fait une saillie très appréciable dans la fente pleuro-péritonéale.

Peu de temps après, le canal de Wolf donne naissance à une série de bourgeons creux, qui se dirigent sous forme de tubes dans l'intérieur du germe uro-génital. Telle n'est pas cependant la manière de voir de Kölliker et de Mathias Duval, qui admettent que ces canaux sont des « invaginations flexueuses de l'épithélium péritonéal ».

Quoi qu'il en soit, un peu après la soixantième heure de l'incubation, le corps de Wolf se présente, sur les coupes perpendiculaires à l'axe de l'embryon, sous l'aspect d'une masse canaliculée nettement circonscrite, faisant fortement saillie dans la fente pleuro-péritonéale et tapissée, sur sa surface libre, de cellules épithéliales cylindriques absolument différentes des cellules plates qui recouvrent le reste de la fente pleuro-péritonéale ; cette couche de cellules cylindriques a reçu de Waldeyer le nom d'épithélium germinatif.

Sur la face externe du corps de Wolf, se développe le canal de Müller, destiné à former la trompe, etc.; nous n'avons donc pas à nous en occuper.

Sur la face interne, au contraire, on voit l'épithélium germinatif de Waldeyer s'épaissir considérablement, jusqu'à former une saillie assez volumineuse. C'est là le premier rudiment de la

glande génitale. Peu après, on aperçoit, au milieu des cellules cylindriques de l'épithélium germinatif, des cellules sphériques, réfringentes, à noyau et à nucléoles très volumineux : ce sont les premiers ovules.

Chose remarquable, les ovules se rencontrent aussi bien chez l'embryon qui évoluera vers le sexe mâle que chez celui qui évoluera vers le sexe femelle. Si la glande génitale doit devenir testicule, l'épithélium germinatif et les ovules s'atrophieront, et on verra se produire dans le corps de Wolf des modifications particulières, sur lesquelles nous n'avons pas à insister.

Si au contraire la glande doit évoluer vers le type femelle, l'épithélium germinatif, loin de s'atrophier, s'épaissit encore davantage, les cellules qui le constituent poussent des prolongements dans le tissu embryonnaire sous-jacent, en entraînant avec eux les ovules. Ces boyaux épithéliaux constituent les tubes en chapelet de Pflüger.

Après la naissance, on voit apparaître une couche de tissu fibreux qui sépare l'épithélium germinatif du reste de l'ovaire : c'est l'albuginée future, qui doit bientôt mettre un terme au travail d'invagination des tubes de Pflüger. Cependant, les cas où l'on trouve chez des femmes adultes des tubes de Pflüger en voie d'accroissement ne sont point très rares. Nous verrons quel rôle on a fait jouer à ces tubes dans la pathogénie des kystes de l'ovaire. Après la naissance, on voit les ovules s'accroître par différenciation dans les tubes de Pflüger. Enfin, dans les deux ou trois premières années de la vie, les tubes sont le siège d'une segmentation active qui les transforme en follicules de de Graaf.

Vers l'âge de 3 ans il existerait, d'après Sappey, 400,000 follicules dans l'ovaire, mais ce nombre diminue rapidement avec l'âge. Henle n'en compte déjà plus que 36,000 chez une femme de 18 ans.

Telle est, à grands traits, l'histoire du développement de l'ovaire.

CHAPITRE II

Anatomie pathologique des Kystes.

L'ovaire est sans contredit, avec le rein, l'organe dans lequel on rencontre le plus souvent la formation kystique.

Notre intention n'est pas de traiter ici la question des kystes en général, ni de parler des nombreuses classifications proposées par les auteurs des différentes époques, et basées sur des vues pathogéniques plus ou moins justifiées.

Nous dirons seulement, avec MM. Cornil et Ranvier, que les kystes sont des aberrations glandulaires qui ont jusqu'à un certain point leurs analogues dans les glandes composées de vésicules closes, comme l'ovaire, les glandes de l'utérus, etc.

C'est à ce titre que ces auteurs ont fait entrer les kystes dans le cadre des tumeurs, où ils occupent le neuvième rang de leur classification avec l'épithéliome, le papillome et l'adénome. Nous verrons dans le chapitre suivant que cette classification est parfaitement justifiée par les faits, surtout pour les grands kystes de l'ovaire, qui ne sont que des adénomes kystiques.

On divise les kystes, au point de vue macroscopique, en kystes uniloculaires ou pauciloculaires, et en kystes multiloculaires que l'on a appelés aussi aréolaires.

A. Dans le premier cas, le kyste se présente sous la forme d'une ou plusieurs poches peu nombreuses pouvant atteindre un développement énorme et dépasser de beaucoup le volume de l'utérus gravide. On a vu certains kystes renfermer plus de 60 litres de liquide.

La consistance et l'épaisseur des parois des kystes est très va-

riable. Ces parois sont ordinairement souples, tout en étant assez résistantes ; quant à leur épaisseur, elle varie à l'infini.

A un très faible grossissement, le plus souvent à l'œil nu (c'est le cas de la tumeur que nous examinons), on peut voir que la paroi des kystes se compose de trois couches, dont une, fibreuse, située à l'extérieur, une deuxième moyenne, à grandes mailles, lâche et fragile, et une couche interne de nouveau résistante et fibreuse : ce sont ces deux couches que Wilson Fox appelle « internal wall » et « external wall ». La couche externe est constituée par un tissu fibreux lamellaire, remarquable, d'après Malassez, par la fréquence des fibres musculaires lisses, surtout nombreuses dans le voisinage du pédicule des kystes. La couche moyenne sert de support aux vaisseaux : nous devons dire que, dans la tumeur examinée par nous, les vaisseaux se montrent surtout nombreux dans la lame interne, comme on peut s'en apercevoir sur une de nos figures. La lame interne ressemble en tous points à l'externe, le tissu conjonctif en est peut-être un peu moins compact.

Dans l'intérieur des grands kystes, on voit assez souvent des vestiges plus ou moins importants de cloisons. Dans ces dernières, la couche moyenne n'existe que dans le voisinage de la paroi principale ; à mesure qu'on s'en éloigne, l'aspect feuilleté de la cloison disparaît. Il existe quelquefois des cloisons presque complètes et dont l'étendue n'est interrompue que par une perforation plus ou moins régulière. Le moment n'est pas encore venu de voir ce que sont ces cloisons ; nous nous proposons de traiter cette question quand nous nous occuperons de la pathogénie des kystes : nous verrons alors si ces cloisons sont en voie d'accroissement ou en voie de régression.

La surface extérieure des kystes est d'aspect lisse ; il est très rare qu'elle soit le siège de proliférations externes. La coloration de la face extérieure diffère notablement de la coloration gris rosé de la séreuse péritonéale : les kystes ont presque tou-

jours une coloration plus foncée. Dubrueil, dans un Mémoire publié à Montpellier vers 1845, insiste beaucoup sur ce point.

Examinée au microscope, la surface extérieure ou péritonéale est recouverte d'un revêtement épithélial cylindrique, court, absolument différent de l'épithélium péritonéal. Waldeyer explique par cette disposition pourquoi les tumeurs kystiques de l'ovaire ne contractent relativement que peu d'adhérences avec les tissus voisins. Il est connu, dit-il, que deux séreuses en contact se soudent facilement : si une muqueuse (le revêtement externe des kystes ovariques a les caractères d'une muqueusse) se soude avec une séreuse, c'est que l'épithélium de la première s'est très notablement modifié. Waldeyer admet que cet épithélium reste dans un état d'intégrité parfaite tant que la tumeur n'a pas dépassé à peu près le volume d'une tête d'enfant. Il résulte de ce fait, comme conséquences thérapeutiques, qu'il faut opérer le plus tôt possible ; il ne faudrait pas non plus ponctionner trop souvent, car les ponctions répétées produisent des adhérences qui rendent l'opération plus difficile.

Les grands kystes présentent sur leur face interne un revêtement épithélial, sur lequel Malassez a beaucoup insisté. Les cellules qui composent ce revêtement, quoique appartenant toutes au type cylindrique, présentent en effet le polymorphisme le plus remarquable : les unes sont étroites et longues, les autres sont nettement triangulaires, couronnées d'un plateau parfois cilié. De loin en loin apparaissent des groupes de cellules claires, réfringentes, à contenu granuleux, dont quelques-unes ont rompu leur paroi et vident ce contenu dans la cavité kystique.

La paroi des grands kystes pauciloculaires peut enfin être le siège de proliférations d'origine épithéliale et d'origine conjonctive. Dans le premier cas, on voit l'épithélium pousser, dans l'épaisseur de la paroi, des bourgeons en forme de doigt de gant qui peuvent dans certains cas se ramifier et représenter ainsi de petites glandes, soit en tubes, soit acineuses. C'est

cette variété de kystes proliférants que Virchow a décrite sous le nom de kystome proliférant glandulaire. Ces petites glandes peuvent, comme nous allons bientôt le voir, s'obstruer et donner naissance à des kystes secondaires par rétention du produit sécrété.

Dans le second cas, le stroma conjonctif, qui sert de soutien et d'enveloppe au kyste, se met à proliférer et vient constituer, dans la cavité kystique, des saillies ou des végétations dont le nombre et le volume est parfois très considérable. Virchow, comparant la disposition anatomique produite par ces processus à celle des papilles du derme, a appelé ces kystes : kystomes proliférants papillaires.

Ajoutons enfin que les parois peuvent s'enflammer et leur revêtement cellulaire proliférer, de façon à former plusieurs couches. A certains endroits, on voit se produire des dépôts calcaires ; on observe également des extravasats sanguins, reconnaissables à des masses noires interposées entre les éléments, lorsque, comme nous l'avons fait dans la tumeur que nous examinions, on imprègne les coupes avec du chlorure ammonique.

La paroi peut enfin être le siège d'une dégénérescence ; on voit ce processus se produire lorsqu'il s'est déjà fait un travail de dégénérescence dans le tissu conjonctif périphérique ; dans ce cas, les masses de tissu dégénéré arrivent à ne plus être séparées de la cavité du kyste que par la couche épithéliale ; cette dernière ne résiste alors plus bien longtemps, ou ne tarde pas en effet à voir les cellules qui la composent se troubler et revêtir la série d'aspects caractéristiques de la générescence granulo-graisseuse. La masse dégénérée et le kyste ne forment dès lors plus qu'une seule et même cavité.

Malassez a décrit une lésion que personne n'avait découverte avant lui : les cloisons, et jamais la paroi principale, sont quelquefois le siège d'infarctus. Voici quel est l'aspect de la lésion : On voit le tissu sain présenter une tache d'un rouge assez vif, à

bords nettement tranchés ; le centre de cette tache, d'une couleur beaucoup plus claire, tirant sur le jaune ou sur le gris, est transparente. A la coupe, on aperçoit nettement toutes les lésions de la dégénérescence.

B. Kystes multiloculaires. — Ces tumeurs sont caractérisées par un grand nombre de cavités kystiques le plus souvent séparées, quelquefois cependant communiquant entre elles. Le volume de ces cavités est éminemment variable : on voit parfois, dans une tumeur de ce genre, une ou deux poches énormes, les autres variant du volume d'une tête d'épingle à celui d'une orange. Dans ce cas, la description anatomique précédente s'applique parfaitement aux kystes multiloculaires, et il est permis de supposer que les grandes cavités proviennent de la fusion des petites.

Il est, par contre, des ovaires kystiques multiloculaires qui n'arrivent pas au volume énorme des précédents. Ils se présentent sous l'aspect de tumeurs pâles ou à peine rosées, bosselées, constituées par une agglomération de cavités sphériques à parois minces, de texture fragile et à contenu incolore ou légèrement lactescent.

Vues au microscope, les cavités kystiques sont revêtues d'un épithélium cylindrique parfaitement régulier et identique en tous points à celui des follicules de de Graaf. Les plus petits de ces kystes contiennent un ovule et sont absolument semblables, sauf leur taille un peu plus grande, à des follicules.

D'autres ovaires kystiques se présentent sous l'aspect de tumeurs plus ou moins régulières, de consistance beaucoup plus ferme, offrant à la coupe l'aspect blanchâtre du tissu conjonctif ; ces tumeurs sont criblées dans leur intérieur de cavités nombreuses, de volume très variable, mais remarquables par leur irrégularité : les unes sont tubuliformes, les autres à peu près sphériques ; d'autres ont la forme de fentes ou de cavités anfractueuses, etc. L'épithélium qui tapisse toutes ces cavités ressem-

ble tout à fait à celui des grands kystes pauciloculaires. Nous verrons, dans le chapitre suivant, ce qu'il faut penser des kystes à épithélium cylindrique régulier contenant un ovule ou des débris d'ovule, et la parenté évidente à établir entre les autres et les grands kystes ovariques.

Ajoutons que les kystes multiloculaires peuvent, comme les pauciloculaires, être le siège d'inflammations diverses, d'infiltrations crétacées, de dégénérescence, etc.

CONTENU DES KYSTES.

La nature du contenu des kystes est aussi importante à considérer que celle du contenant, et, quoique sujet à de grandes variabilités, le liquide kystique revêt certaines propriétés caractéristiques qui ne font jamais défaut. Spiegelberg se sert toujours de la ponction pour éclairer le diagnostic, et un très grand nombre d'observations tirées de sa clinique lui permettent de contredire l'assertion de Graily Hewitts [1], qui admet que le liquide d'un kyste ne peut jamais, par la ponction, être différencié d'un liquide d'ascite.

Ordinairement, le liquide des kystes ovariques présente un aspect trouble, brun rouge ou bien vert jaunâtre, de consistance oléagineuse, quelquefois filant, semblable à de l'eau de gruau. Il faut ajouter toutefois que ces différents caractères sont sujets à varier. Spiegelberg affirme que si par une ponction abdominale on tire un liquide de couleur foncée, visqueux, et d'une densité de 1018 à 1024 (Eichwald dit de 1005 à 1025), on peut dire sans plus ample examen qu'il s'agit d'un kyste ovarique. Le diagnostic devient, dit-il encore, beaucoup plus difficile si l'on a affaire à des liquides rouges, brun clair, ou jaune, de consis-

[1] Diagnosis, Pathology and Treatment of diseases of the Ovary. London, 1868.

tance séreuse. Dans ces derniers cas, il faut, pour éclairer le diagnostic, se servir des données fournies par la chimie et le microscope.

Eichwald [1] a écrit sur les propriétés chimiques des liquides kystiques un excellent Mémoire qu'il a publié en 1864. Nous ne prendrons dans ce travail que les données qui nous paraîtront nécessaires pour le diagnostic.

Pour Eichwald, il y a dans un liquide kystique deux séries de substances à l'état de dissolution : la première appartenant à ce qu'il appelle la série muqueuse (Mucin-Reihe), la seconde à la série albumineuse (Albumin-Reihe). A la première de ces séries appartiennent la mucine, la matière colloïde et un corps non encore signalé avant lui et qu'il a appelé muco-peptone ; ce corps se comporterait vis-à-vis de la mucine comme l'albumino-peptone vis-à-vis de l'albumine. A la série albumineuse appartiennent l'albumine, la paralbumine signalée d'abord par Scherer [2] dans les kystes de l'ovaire, la métalbumine, et enfin l'albumino-peptone. Pour fixer les idées sur la proportion dans laquelle se trouvent les divers éléments qui entrent dans la composition du liquide kystique, nous présentons quelques analyses d'Eichwald et de Méhu.

Sur 100 parties (Eichwald).

Eau	889,53
Substances protéiques, Éléments figurés, Pigment	100,77
Graisse, Cholestérine	1,53
Cendres	8,17
	100,00

[1] Würtzburger med. Zeitschrift, 1864.

[2] Würtzburger Verhandlung.

Voici quelle était, dans quatre analyses de Méhu, la teneur en albuminoïde des liquides kystiques :

Par kilogramme.

	Densité du liquide.	Substances albuminoïdes.	Cendres.
	—	—	—
I	1005.....	9,2 gram.....	8 gram.
II	1014.....	46,75 —	9,15 —
III	1015.....	61,50 —	7,9 —
IV	1019.....	61,60 —	8,21 —

Il est facile, comme nous le verrons dans un instant, de retrouver toutes ces albumines indiquées par Eichwald et par Méhu. Waldeyer est porté, de même qu'Eichwald, à les considérer comme des métamorphoses de la mucine et de l'albumine. Voici le procédé indiqué par Scherer pour la recherche de la paralbumine.

Après avoir laissé reposer le liquide de manière à laisser se déposer toutes les matières en suspension, on le traite par l'alcool absolu, en ayant soin de verser l'alcool goutte à goutte. Le précipité commence à se former ; il apparaît comme constitué par de longs filaments se brisant facilement par l'agitation. On verse ainsi doucement de l'alcool jusqu'à ce que la totalité du liquide ait changé de couleur et soit devenue blanchâtre. Si l'alcool est versé brusquement et en grandes quantités dans une solution de paralbumine, cette substance se coagule en masses blanches d'une dureté si extraordinaire qu'il est difficile de les entamer avec un couteau : l'opération est alors manquée. Le précipité obtenu, on le sépare du liquide par filtration et on le fait doucement chauffer dans de l'eau distillée sur un bain de sable : dans ces conditions, on ne tarde pas à voir le précipité se dissoudre. Cette propriété qu'ont les précipités alcooliques de paralbumine et de métalbumine de se redissoudre dans l'eau distillée, même après plusieurs jours de séjour dans l'alcool, est caractéristique de la présence de ces deux corps.

On différencie la paralbumine de la métalbumine de la façon suivante : S'il y a de la paralbumine, on la précipitera de nouveau de sa solution aqueuse par l'adjonction au liquide d'un peu de sulfate de magnésie cristallisé.

D'après Waldeyer, il serait inexact, comme le prétend Méhu, que la paralbumine ne précipite pas à froid par l'acide acétique ; il faut seulement, si l'on veut obtenir un précipité, avoir la précaution de diluer l'acide à la dose d'une goutte sur 50^{cc} d'eau distillée, sans quoi l'acide dissout le précipité dès qu'il s'est formé, et il passe inaperçu, surtout si la paralbumine existe en très petites quantités dans le liquide. La solubilité du précipité de paralbumine dans un excès d'acide acétique différencie absolument ce corps de la mucine. Hertz [1] et Hoppe-Seyler [2] indiquent comme un moyen également bon à employer les solutions cencentrées d'alun ou d'oxy-sulfate de cuivre ; un excès de ces deux réactifs amène également la dissolution de la paralbumine.

Les particules qui étaient en suspension dans le liquide et qui par le repos se sont déposées au fond du vase apparaissent, au microscope, constituées par des débris cellulaires de diverse nature et de différentes grandeurs. On y trouve des éléments chargés de graisse, des cellules tombées en dégénérescence paralbumineuse, muqueuse ou colloïde, des cellules cylindriques ou caliciformes. On y rencontre souvent des cristaux de cholestérine, des globules rouges, des granulations pigmentaires et des globules blancs reconnaissables à leurs mouvements amœboïdes.

Disons en passant, et pour établir un parallèle entre le liquide kystique et le liquide ascitique, que ce dernier est moins foncé en couleur et que sa densité ne dépasse jamais 1010 à 1015. La teneur de ce liquide en matières solides est moindre, notamment en albumine, tandis que la proportion des sels est à peu près la

[1] Virchow's Archiv.

[2] Handbuch der physiol. und. pathol. chemischen Analyse.

même dans les liquides ascitiques et dans les liquides kystiques. Si on laisse reposer à l'air un liquide d'hydropisie, on voit, après un temps qui varie entre douze et quarante-huit heures, se déposer un fin réseau d'appparence gélatineuse, fait qu'on n'observe jamais dans le liquide kystique. Virchow cite cependant deux ponctions de kystes à la suite desquelles on vit le liquide se coaguler au contact de l'air. Klob (de Vienne) cite un cas du même genre. Si du sang, même en assez grande quantité, pénètre dans l'intérieur d'une poche kystique, il ne forme jamais de caillots dans le liquide. Eichwald a émis l'hypothèse que le sang subit une transformation qui le fait passer à l'état d'une sorte de peptone, comme il l'a démontré pour l'albumine et la mucine. Enfin le microscope ne révèle dans les liquides d'ascite que quelques rares corpuscules sanguins et jamais de cellules cylindriques.

CHAPITRE III

Pathogénie des kystes.

Pendant la première moitié de ce siècle, l'opinion généralement admise sur le développement des kystes de l'ovaire était que ces tumeurs provenaient d'une hydropisie des follicules de de Graaf; cette pathogénie, admise en France par Cruveilhier, par Broca même, était évidemment trop exclusive, et les anatomistes ne tardèrent pas à voir que certains kystes n'avaient absolument rien de commun avec les follicules et étaient constitués par des produits de nouvelle formation. Frerichs, dans un travail publié à Göttingen en 1847 [1]; Virchow, dans un article publié à Vienne en 1855 [2]; Rokitansky, dans son *Manuel d'anatomie pathologique* de 1861, ont établi cette différence d'une façon très claire. D'autres travaux sur lesquels nous aurons l'occasion de revenir furent publiés entre 1860 et 1870; mais c'est dans les *Archives de Gynécologie* de l'année 1870 que la question est, pour la première fois, complètement exposée par Waldeyer, mais non encore résolue. En France, depuis 1876, MM. Malassez et de Sinety ont publié dans les *Archives de Physiologie* une série de Mémoires dans lesquels ils ont relaté de nombreuses observations et le résultat de leurs recherches histologiques sur le développement des kystes de l'ovaire. Grâce à toutes ces recherches, la lumière commence à se faire sur la pathogénie, jusque-là si obscure, de ces tumeurs. C'est l'analyse de ces travaux, tant français qu'étrangers, qui fera l'objet de ce chapitre.

[1] Ueber Gallert und Colloïden Geschwülste. Göttingen, 1847.

[2] Wochenblatt der Zeitschrift der Aerzte zu Wien, 1855.

De toutes les recherches faites jusqu'ici, il résulte qu'on peut attribuer le développement des kystes de l'ovaire à deux processus bien différents : le premier constitué par l'hydropisie des follicules, le second par une néoformation épithéliale. Nous n'insisterons pas sur un troisième processus qui a été admis par Rindfleisch, par Magwey et par Lücke ; pour ces auteurs, les kystes résulteraient d'une dégénérescence du tissu conjonctif constituant le stroma ovarique. Nous verrons, dans le cours de ce chapitre, ce que l'on peut penser de cette manière de voir.

A. *Ovaires kystiques par hydropisie folliculaire.* — Nous nous occuperons d'abord des ovaires kystiques par hydropisie folliculaire. Le rôle de l'hydropisie dans la pathogénie des kystes est indéniable : chez le nouveau-né, chez l'enfant, chez la femme adulte, tous les anatomistes ont rencontré des ovaires kystiques dont les cavités représentaient en plus grand la structure des follicules de de Graaf, et, fait des plus importants qui démontre d'une façon péremptoire que ces kystes provenaient de follicules, c'est que dans chacun d'eux on retrouvait un ovule.

Dans tous les cas observés, l'épithélium qui tapissait ces follicules hydropiques était normal, non seulement dans la forme des cellules mais dans leur disposition, quoique évidemment cet épithélium ait dû proliférer assez activement pour recouvrir une surface plus grande.

Il s'agit maintenant d'expliquer l'augmentation de volume des follicules. La rupture de ces derniers étant, si l'on peut s'exprimer ainsi, le mode d'excrétion propre à l'ovaire, il était naturel de penser que chaque fois qu'il y avait un obstacle opposé à la rupture, il y avait formation de kyste. Les kystes par hydropisie graafienne entreraient donc dans le groupe des kystes par rétention. C'est en effet l'opinion de tous ceux qui se sont occupés de cette pathogénie ; seulement tous ne sont pas d'accord sur la nature de l'obstacle opposé à la rupture. Comme le fait très

justement remarquer Malassez, toute rupture suppose d'un côté une puissance et de l'autre une résistance. Dès lors, les uns ont vu l'obstacle dans une augmentation de la résistance : ainsi Schrœder, dans son *Manuel des maladies des organes sexuels de la femme*, admet que la rupture peut être empêchée, soit parce que le follicule mûr, au lieu d'être à la surface de l'ovaire, est situé dans sa profondeur, soit parce que le follicule est entouré de solides néoformations inflammatoires consécutives à des inflammations, des péritonites chroniques, etc. Les autres admettent que, si la sécrétion intra-folliculaire se fait très lentement, la paroi a le temps de se laisser distendre sans éclater ; elle devient alors le siège d'une inflammation lente qui augmente son épaisseur; le follicule peut ainsi dépasser, sans se rompre, les limites ordinaires de son volume.

Rokitansky [1] considère que l'hémorrhagie peut jouer un rôle considérable dans le développement de ces kystes. « Dans les congestions menstruelles, dit-il, souvent l'hémorrhagie a lieu dans les follicules superficiels ; on voit alors l'ovaire présenter une ou plusieurs saillies remplies de sang coagulé, de la grosseur d'un haricot ou d'une noix. Kiwisch a vu une de ces tumeurs atteindre la grosseur du poing. On les observe quelquefois déjà chez les enfants, les nourrissons et même chez le fœtus. Ils disparaissent à la façon des corps jaunes, mais peuvent dans quelques cas, après la résorption de l'épanchement sanguin, donner naissance à des kystes et prendre un développement plus considérable. »

Il est difficile de dire quelle est celle de ces causes qui a dû agir dans tel ou tel cas, si elles ont agi isolément ou simultanément. Peut-être y a-t-il, dit Malassez, chez les enfants, une poussée du côté des organes génitaux, analogue à celle qui s'observe du côté de la mamelle, et alors les kystes se produiraient

[1] Lehrbuch der pathologischen Anatomie.

par excès de résistance du stroma ou par hémorrhagie, ainsi que l'a vu Rokitansky.

Il s'agit de savoir maintenant si de grands kystes de l'ovaire peuvent résulter de l'hydropisie d'un follicule. Et d'abord, un premier fait à constater : c'est qu'on n'a jamais trouvé d'ovule dans des cavités plus grandes qu'une cerise ou une petite noix ; et encore, dans les kystes de cette dimension, les voit-on déjà manquer assez souvent. Tous les anatomistes sont d'accord sur ce point. Rokitansky n'a constaté la présence d'un ovule dans un kyste de la grosseur d'une noix qu'une seule fois; Spencer Wells[1] n'a rencontré des œufs que dans les très petites cavités ; les recherches de Lawson Tait[2] ont abouti au même résultat. Cependant Klebs[3] dit avoir trouvé un ovule dans un kyste de la grosseur du poing : ce kyste, dit-il, avait des vaisseaux peu développés, et il est probable qu'il n'aurait pas atteint des dimensions plus considérables.

Un deuxième point, également d'une importance capitale, est que si les petits kystes sont tapissés à leur intérieur d'un épithélium cylindrique parfaitement régulier et semblable sous tous les rapports à celui qui existe normalement dans les follicules, les grands kystes sont au contraire caractérisés par un épithélium bien différent. Chez ces derniers, en effet, c'est le défaut d'uniformité des cellules épithéliales qui est la règle ; tous les types se rencontrent, sauf le type pavimenteux, qui n'a été décrit qu'une fois par Virchow.

Enfin les cavités kystiques par hydropisie graafienne sont presque toujours, sinon sphériques, au moins à contours très réguliers; les grands kystes, par contre, ne deviennent sphériques que lorsqu'ils ont déjà acquis un certain degré de développement; lorsqu'ils sont jeunes, ils ont, comme nous le verrons bientôt, la

[1] Diseases of the ovaries, 1872.

[2] Brit. med. Journal, 1874.

[3] Handbuch der pathologischen Anatomie, 1873.

forme de tubes plus ou moins réguliers, de fentes, de cavités anfractueuses qui échappent à toute description.

En résumé, il résulte de ce qui précède que l'hydropisie des follicules ne peut aboutir qu'à des cavités kystiques de très petit volume. Évidemment, comme le dit Malassez, on ne peut pas nier absolument la possibilité de la formation d'un grand kyste aux dépens d'un follicule ; mais alors il faut trouver l'explication du polymorphisme si caractéristique de leurs cellules épithéliales, ou bien admettre que ces kystes n'ont rien de commun avec les follicules et que ce sont des produits de néoformation.

B. *Ovaires kystiques par néoformation épithéliale.* — Il est nécessaire de scinder l'exposition de la genèse des kystes par néoformation épithéliale en deux parties. Dans la première, nous étudierons l'origine de ces kystes, les tissus de la glande qui leur donnent naissance ; dans la seconde, nous nous occuperons du développement de ces néoformations.

On est frappé, lorsqu'on regarde au microscope un ovaire kystique de cette nature, de l'aspect tubulé qu'il présente : on voit en effet une masse de tubes, de cavités allongées, tapissées d'épithélium et coupées suivant des incidences variables. De ce que ces cylindres épithéliaux sont tous creux, on pourrait conclure qu'ils proviennent de cavités préexistant normalement dans l'ovaire, c'est-à-dire des follicules de de Graaf ou des tubes de Pflüger, Dans ce cas, l'épithélium pathologique aurait remplacé l'épithélium normal : fait qui, dit M. Malassez, se rencontre dans certains cancers des alvéoles pulmonaires dont l'épithélium change de nature.

Nous avons exposé plus haut que les kystes nés aux dépens des follicules étaient tous caractérisés, au moins dans les premiers temps de leur existence, par la présence, dans leur intérieur, d'ovules qui caractérisaient suffisamment leur origine; dans les cavités kystiques par néoformation épithéliale, on n'en

rencontre pas, même lorsque ces cavités sont de date récente. Dans aucune de nos préparations, nous n'avons rien rencontré qui ressemblât de près ou de loin à un ovule. En outre, ces néoformations épithéliales se rencontrent abondamment dans toute l'étendue du parenchyme de la glande, même dans les parties centrales où il n'existe pas normalement de follicules.

On pourrait, il est vrai, supposer que la paroi épithéliale d'un follicule a été le siège d'une prolifération active ; que de cette paroi sont partis des bourgeons en forme de tubes qui ont pénétré le stroma ambiant, et que ces tubes, s'oblitérant pour une raison ou pour une autre, sont devenus kystiques ; on pourrait ainsi, dit Waldeyer, s'expliquer la formation des poches les plus volumineuses, mais malheureusement ces faits n'ont jusqu'ici été prouvés par personne.

Il serait permis de supposer en outre que les formations épithéliales trouvent leur origine dans les tubes de Pflüger. Le fait que l'on rencontre fréquemment chez les nouveau-nés des kystes qui reconnaissent cette origine, n'a absolument rien d'étonnant si l'on songe qu'à ce moment de la vie les tubes de Pflüger existent en grand nombre dans le stroma de l'ovaire. Les tubes contenant des ovules, il est évident qu'on doit aussi en retrouver dans les kystes, et il devient dès lors difficile de dire si ces derniers proviennent des follicules ou des tubes qui les ont précédés.

Sur quelques préparations d'ovaires de femme adulte, nous avons cependant rencontré des tubes en rapport, par une de leurs extrémités, avec l'épithélium germinatif et qui s'enfonçaient dans l'intérieur du stroma ; des remarques semblables avaient fait dire à certains auteurs que l'évolution des tubes de Pflüger ne cessait pas aussi tôt qu'on l'avait affirmé. C'était évidemment une exagération, car un examen tant soit peu minutieux suffit pour démontrer que ces tubes n'ont des véritables tubes de

Pflüger que l'apparence, car il leur manque l'élément caractéristique : l'ovule.

Il ne nous reste donc plus à examiner que l'épithélium germinatif. Waldeyer et Malassez admettent que là est la véritable origine de toutes ces proliférations épithéliales : l'épithélium germinatif pousse des bourgeons jusque dans les parties les plus centrales du stroma. Waldeyer fait même intervenir le tissu conjonctif, qui prolifère lui aussi : il y a, dit-il, pénétration réciproque de ces deux éléments ; il résulte de ce processus que des colonies épithéliales tubulées sont ainsi transportées bien loin de leur point de départ, et on est tout étonné, dit-il encore, de voir ces formations épithéliales empâtées pour ainsi dire dans le stroma conjonctif et sans communication apparente avec le tissu qui leur a donné naissance.

Malassez arrive à peu près aux conclusions que Waldeyer. L'épithélium germinatif, comme nous l'avons dit plus haut, pousse des bourgeons épithéliaux vers la profondeur ; mais «cette néoformation, dit Malassez, se serait engagée dans une direction moins spéciale et moins élevée, et n'aurait abouti qu'au type vulgaire, épithélium de revêtement formant des tubes et des cavités plus ou moins sphériques». Cette poussée de bourgeons épithéliaux pathologiques peut marcher, dans les premiers âges de la vie, parallèlement avec celle des tubes de Pflüger physiologiques, mais elle peut se faire aussi beaucoup plus tardivement. L'épithélium, dans ce dernier cas, refait pathologiquement ce qu'il avait fait une première fois physiologiquement. En faveur de cette opinion, on peut citer un certain nombre d'observations de Waldeyer dans lesquelles il dit qu'il n'est point rare de rencontrer chez des femmes âgées, sous l'épithélium germinatif, de petits kystes à contenu aqueux, de la grosseur environ d'un pois, et qui ont la même structure que les grands kystes. Ils ont une double paroi, sont tapissés d'épithélium cylindrique qui pousse dans la paroi des prolongements en forme de tubes. Inutile d'ajou-

ter que dans ces kystes on ne rencontre jamais d'ovules ou de restes de ceux-ci. Dans certains cas, Waldeyer a trouvé une continuation directe entre ces néoformations et l'épithélium germinatif. Cruveilhier[1], bien avant Waldeyer, avait déjà décrit sous le nom de kystes en miniature des néoformations épithéliales qui étaient très probablement de même nature.

Il s'agirait cependant d'expliquer comment un épithélium cylindrique comme celui de l'ovaire peut donner naissance à cette variété de cellules qu'on rencontre non seulement dans les grands kystes, mais encore dans les tubes qui les ont précédés. Waldeyer a émis l'hypothèse qu'il se produisait là un phénomène de parthénogénèse, disant qu'en dernière analyse, l'épithélium germinatif donnant naissance à tous les tissus de l'organisme, on pouvait admettre que, sous l'influence de causes pathologiques encore inconnues, cet épithélium pouvait évoluer *seul* et donner naissance alors à des produits atypiques. Pour les cellules cylindriques à cils vibratiles, Malassez a dit qu'il pouvait y avoir ensemencement, provenant des épithéliums ciliés du pavillon et de la trompe. Depuis l'époque où Malassez écrivait ces lignes, les progrès de l'histologie ont amené une intéressante découverte au sujet de l'épithélium germinatif. M. Mathias Duval[1], dans une communication faite en 1880, dit avoir vu que l'épithélium germinatif, à chaque époque menstruelle, se couvre de cils vibratiles destinés à favoriser l'introduction de l'œuf dans le pavillon de la trompe. Étant admis que cet épithélium a la faculté de se cilier à un moment donné, rien n'empêche d'admettre que les cellules à plateau cilié des kystes en proviennent directement.

Quant aux cellules caliciformes, nous ne croyons pas qu'elles représentent dans les kystes de l'ovaire une entité anatomique ;

[1] Anatomie pathologique générale, tom. III.

[2] Communication à la Société de Biologie, 1880.

nous croyons au contraire qu'elles ont été, à l'origine, absolument semblables aux autres cellules cylindriques du revêtement. La physiologie de la sécrétion nous apprend en effet que le produit sécrété provient de deux sources : 1° d'une simple transsudation des vaisseaux, et 2° d'une métamorphose directe de l'épithélium glandulaire. Les épithéliums sécrétoires ne concourent à la sécrétion qu'autant qu'ils disparaissent en totalité ou en partie dans les produits sécrétés et que leur protoplasma se transforme en ces produits ; les cellules caliciformes seraient donc des cellules sur le point de mourir : elles ont en effet tous les attributs de la dégénérescence granulo-graisseuse, c'est-à-dire peu d'affinité pour le réactif, infiltration granulo-graisseuse, segmentation du noyau.

C. *Ovaires kystiques par dégénérescence conjonctive.*—Forster[1], et à sa suite Klob[2] et Rindfleisch[3], ont proposé une origine toute différente. Pour ces auteurs, le fait primordial serait la présence dans le tissu conjonctif d'amas de cellules connectives, peut-être, disent-ils même, de cellules embryonnaires. Ces amas subissent à leur centre une dégénérescence colloïde ; les cellules de la périphérie tassées contre la paroi finissent par constituer une sorte de revêtement d'aspect plus ou moins épithéloïde et le kyste est constitué. Lücke, dans son *Traité des tumeurs*, a absolument les mêmes manières de voir. Malassez et de Sinety, pas plus que Waldeyer, n'admettent cette pathogénie, et ce dernier fait l'objection suivante à ses défenseurs : D'abord l'épithélium ne vient qu'en deuxième lieu après la dégénérescence colloïde : or il ne se produit de dégénérescence colloïde que là où ont existé antérieurement des cellules épithéliales ; il est reconnu d'autre part que l'on trouve de la mucine dans les dégénérescences du tissu conjonctif. On sait enfin, bien que l'étude des albuminoïdes soit

[1] Handbuch der pathologischen Anatomie.
[2] Pathologische Anatomie der Weiblichen sexual Organe, 1863.
[3] Pathologische Histologie.

peu avancée, que tel tissu donne toujours, lorsqu'il dégénère, tel produit et non pas tantôt celui-ci, tantôt celui-là.

En résumé, tout nous porte à penser que l'épithélium germinatif joue le plus grand rôle dans la pathogénie des grands kystes de l'ovaire.

DÉVELOPPEMENT DES KYSTES.

Un premier point signalé par Malassez, et que nous avons également observé dans nos coupes, c'est la parfaite intégrité du stroma conjonctif autour des tubes épithéliaux ; il faut donc admettre que les tubes ne s'accroissent pas en transformant les tissus autour d'eux, mais bien par prolifération de leurs propres éléments.

Ce premier point admis, voyons comment des premières néoformations tubulées peuvent naître les kystes. La nature du revêtement nous fait déjà supposer qu'il y a sécrétion dans l'intérieur du tube, et, ce dernier étant sans ouverture, qu'il y a sécrétion sans issue du produit sécrété, et par conséquent distension des parois. Ces faits sont admis par Virchow, Waldeyer, Malassez et de Sinety. Nous nous trouvons donc en face d'un processus analogue à celui dont nous nous sommes occupé au commencement de ce chapitre, au sujet de l'hydropisie graafienne.

Le tube distendu irrite le stroma tout autour de lui ; il y a par conséquent apport plus considérable de sang, mais il y a aussi apport plus considérable de matériaux pour les cellules sécrétantes. La sécrétion est donc encore augmentée. Il y a là un cercle vicieux : l'irritation, comme le dit Malassez, est à la fois cause et effet de l'augmentation de volume.

La plupart des cavités sont, au début, caractérisées par l'irrégularité de leurs contours ; cette irrégularité trouve facilement son explication dans la ramification des tubes et dans l'état de

résistance plus ou moins grande du stroma, qui, ici se laissera distendre, là résistera, s'enflammera et pourra même se rétracter.

Cependant il existe des kystes qui, même lorsqu'ils sont de date très récente, ont une forme parfaitement sphérique; on peut supposer que ceux-là proviennent d'un tube non ramifié, ou bien d'une colonie épithéliale qui s'est complètement perdue dans le stroma et s'est isolée de ses voisines. Voici comment Wilson Fox explique le fait. Supposons une cavité kystique: le stroma ambiant peut s'enflammer et pousser des sortes d'éperons dans l'intérieur de la cavité ; que deux éperons de ce genre se rencontrent et se fusionnent, ils circonscriront évidemment, dans une sorte d'anneau conjonctif, une certaine quantité de cellules épithéliales. Nous avons ainsi un groupe de cellules qui pourra dès lors proliférer, et, s'il est dans de bonnes conditions de nutrition, arriver à former une grande cavité.

Il est donc établi que c'est, selon toutes les probabilités, l'épithélium germinatif qui a pénétré de ses bourgeons tubulés le stroma de l'ovaire. Cet organe est donc en ce moment transformé en une véritable glande en tube de néoformation ; c'est, en un mot, un véritable adénome. Les parties de l'adénome qui seront le mieux favorisées sous le rapport de la nutrition verront aussi leurs tubes sécréter avec le plus d'activité, et c'est là aussi qu'on verra se développer les premiers kystes. Nous ne reviendrons pas sur tout ce que nous avons dit plus haut au sujet de cette sécrétion et de la rétention du produit sécrété ; nous ferons seulement remarquer, en terminant ce chapitre, qu'une cavité kystique se développant dans un point refoulera le tissu autour d'elle; les tissus périphériques, déjà moins bien partagés sous le rapport de l'irrigation sanguine, verront leur vitalité diminuer encore davantage par suite des compressions vasculaires qui se produiront nécessairement. Il en résultera donc que quelques tubes seulement arriveront à un grand développement, tandis que les autres, tassés à la périphérie, déformés, étranglés par le tissu

conjonctif, qui, refoulé lui-même, prend de plus en plus l'aspect de lames très denses, resteront stationnaires et ne seront plus le siège que d'une sécrétion insignifiante.

« La forme sphérique, dit Malassez, serait donc celle que revêtirait l'adénome en voie d'accroissement simple, tandis que le tube serait celle de l'adénome en voie d'envahissement. » En résumé, le tube serait le stade initial du processus, la forme sphérique ne serait que secondaire. Bœttcher, cité par Waldeyer dans les *Archives de Gynécologie*, exprime la même idée en disant que le premier stade du processus est la formation d'un adénome, et le second la dégénérescence kystique.

Il en résulte donc qu'un grand kyste comprend tout l'ovaire dégénéré, ce dernier n'étant plus représenté que par la paroi kystique et par les masses qui peuvent encore subsister au voisinage du pédicule.

Virchow a décrit un processus par lequel peuvent se former des kystes secondaires ; il admet que de la paroi d'un kyste déjà formé peuvent naître des prolongements tubulés absolument semblables à ceux que nous avons vus naître aux dépens de l'épithélium germinatif ; ces tubes s'enfoncent tout à l'entour dans le stroma ambiant. Que maintenant leur point d'abouchement dans le grand kyste s'oblitère pour une raison ou pour une autre, nous avons de nouveau un cas de rétention du produit sécrété, et formation kystique. C'est par un pareil procédé, dit Virchow, qu'on voit se former un, deux et même trois étages de kystes secondaires autour d'une poche principale. Quand les kystes secondaires ont atteint un certain volume, la paroi déjà mince qui les sépare du grand kyste primitif se raréfie de plus en plus jusqu'au moment où il se forme une perforation. Deux kystes voisins ont en effet toujours une tendance à se fusionner ; on ne voit jamais, par contre, s'opérer de cloisonnement tendant à diviser un kyste primitif en kystes secondaires.

Il ne faut donc pas prendre les débris de cloisons qu'on trouve

dans certains kystes pour des parois en voie de formation, mais bien pour des cloisons en voie de régression. C'est enfin à ce même processus de régression que Virchow attribue la présence des villosités ou des grains riziformes qu'on rencontre dans certaines cavités. Ces derniers ne seraient que des débris de parois secondaires devenues un jour libres dans la cavité kystique.

Nous avons supposé jusqu'ici qu'il n'y avait que l'élément épithélial qui avait proliféré ; mais cette prolifération peut marcher de pair avec une prolifération du tissu conjonctif ou du tissu musculaire, avec une dégénérescence du tissu conjonctif, ou enfin avec la production de masses épithéliales nées dans le tissu conjonctif ou greffées sur les néoformations adénoïdes que nous venons de passer en revue.

S'il y a prédominance de ces diverses parties solides sur l'élément kystique, nous aurons ce que l'on appelle une tumeur kystique. Malassez, en effet, les définit ainsi : «Kystes dans lesquels les parties solides prédominent ; dans les kystes proprement dits, c'est l'élément kyste qui l'emporte ». D'après ce que nous avons dit au commencement de ce paragraphe, il est facile de voir que nous aurons à nous occuper de tumeurs kystiques par néoformation conjonctive avec toutes ses variétés, par néoformation musculaire, et enfin par néoformation épithéliale. Nous passerons très rapidement en revue ces diverses variétés de tumeurs kystiques.

Dans le cas où le tissu conjonctif prédomine, on est tout d'abord frappé par la consistance et la fermeté toute spéciale que présente la tumeur : à la coupe, elle apparaît d'une coloration blanc grisâtre et crie sous le scalpel. Ce tissu blanchâtre, qui représente le stroma considérablement augmenté de volume, est criblé de cavités qui ne sont autre chose que des tubes ou des kystes; mais, ce qui est caractéristique, c'est l'espace relativement considérable qui sépare ces néoformations épithéliales les unes

des autres. Ce tissu conjonctif semble même avoir son maximum de densité au pourtour des grandes poches, où Malassez l'a vu parfois de consistance cartilagineuse.

Une deuxième variété de tumeurs kystiques est constituée par la présence de tissu fibro-sarcomateux qui non seulement se forme entre les kystes, mais même arrive à combler plus ou moins complètement les cavités.

Enfin, le tissu conjonctif peut devenir le siège d'une dégénérescence. On voit alors le stroma, resté d'ailleurs normal dans la plupart de ses points, circonscrire de loin en loin des masses transparentes et molles, d'aspect gélatiniforme. Ces masses peuvent même dépasser en nombre les cavités, tubes ou kystes existant déjà, et faire croire à un kyste aréolaire dont chaque cavité serait remplie de substance colloïde; il n'en est rien cependant, car les cavités à contenu colloïde manquent d'épithélium de revêtement, caractère qui ne fait jamais défaut dans les kystes véritables. Il arrive enfin quelquefois que les produits de dégénérescence sont si rapprochés de la cavité du kyste qu'ils n'en sont plus séparés que par le revêtement épithélial : dans ce cas, il arrive presque toujours que cette paroi cède, soit mécaniquement, soit par dégénérescence de ses cellules elles-mêmes.

Dans ces conditions, la communication ne tarde pas à s'établir largement, et il devient dès lors très difficile de reconnaître quel a été le point de départ de la dégénérescence.

Dans la tumeur kystique par néoformation musculaire, on aperçoit le tissu musculaire sous forme de faisceau ou de masses plus ou moins volumineuses. L'aspect de ces néoformations est absolument celui d'un myome et ne présente rien de particulier à signaler.

Enfin les kystes peuvent se compliquer de néoformations épithéliales, et, parmi ces dernières, il faut citer la présence de masses constituées par de grosses cellules à un ou plusieurs noyaux que Malassez a proposé d'appeler cellules épithéliales métatypi-

ques et qui rappellent absolument la cellule épithélioïde du carcinome. La ressemblance de ces néoformations avec le cancer est très grande ; dans certaines tumeurs kystiques, en effet, on voit le stroma conjonctif limiter des alvéoles remplies de cellules de ce genre. Dans des cas analogues, la nature épithéliale des cellules carcinomateuses a paru indiscutable à Malassez, en raison, dit-il, de la continuité de tissu qu'il aurait constatée entre ces amas de cellules carcinomateuses et les revêtements de kystes franchement épithéliaux.

On aurait trouvé, paraît-il, de ces masses carcinomateuses qui avaient revêtu la forme encéphaloïde et d'autres la forme de squirrhe. Ces néoplasmes, cependant, diffèrent des véritables carcinomes en ce que, si l'on chasse au moyen du pinceau les cellules épithélioïdes de l'intérieur des alvéoles, on voit ces dernières traversées par de minces travées qui servent de support à des capillaires sanguins : or voilà une disposition qu'on ne trouve jamais dans le carcinome véritable.

Cette existence de néoplasmes plus ou moins carcinomateux dans l'intérieur de tumeurs kystiques de l'ovaire est grosse de conséquences au point de vue clinique et au point de vue pronostique, et si, comme on l'a affirmé, il existe une continuité manifeste entre les cellules du revêtement épithélial des kystes et les cellules épithélioïdes, on en arrive tout simplement à se demander si une tumeur kystique de cette nature ne peut pas être infectante, douée d'une malignité redoutable, et, partant, d'un pronostic des plus graves. Nous nous proposons de fournir sur ce point, à la fin de notre travail, les quelques données que nous avons trouvées dans les auteurs.

Citons enfin, pour en finir complètement avec cette question, l'existence de tumeurs kystiques constituées par des néoformations de nature très diverse. On a trouvé ainsi, côte à côte dans la même tumeur, des dégénérescences mucoïdes ou colloïdes, des amas de fibres musculaires lisses, des masses adénoïdes et carcinomateuses, etc.

CHAPITRE IV

Examen histologique d'un Ovaire kystique.

Le kyste dont nous donnons ici la description provient d'une ovariotomie qui a été faite avec succès à Béziers par M. le professeur agrégé Gilis, dans le courant du mois de mai 1887.

L'observation clinique ainsi que les faits relatifs à l'opération seront publiés dans quelques jours dans la *Gazette hebdomadaire de Montpellier*.

1° ASPECT MACROSCOPIQUE.

La tumeur se compose d'une partie solide et de deux poches kystiques. Ces trois parties affectent entre elles les rapports suivants : les poches sont situées presque de part et d'autre de la masse solide ; cette dernière est plus particulièrement adossée au plus grand des deux kystes. Le pédicule de la tumeur correspond à un point où les deux poches sont en contact et ont fusionné leur paroi.

A. Partie solide de la tumeur. — Cette portion de la tumeur est environ de la grosseur du poing, elle est de consistance ferme et élastique. Sa couleur est blanc grisâtre, plus foncée en certains endroits où il semble qu'il y ait eu des extravasats sanguins. La texture macroscopique de la tumeur présente un aspect varié suivant les endroits que l'on considère : assez dense en quelques points, le tissu apparaît en d'autres comme criblé de petites cavités, les unes tout au plus assez larges pour permettre l'introduction d'un crin, les autres beaucoup plus volumineuses, quelques-unes atteignant même le volume d'une grosse noisette.

Enfin on rencontre de loin en loin certains points d'un aspect tout particulier ressemblant à une sorte de feutrage, tenant à la présence de lames et de faisceaux conjonctifs peu tassés. Le tissu de cette tumeur présente une coupe nette et ne crie pas sous le couteau.

B. Parties kystiques. — 1° La plus grande des deux poches présente à peu près actuellement le volume d'une tête d'adulte ; sa contenance paraît avoir été, à l'état frais, de huit à dix litres. La face extérieure de la paroi recouverte par le péritoine est lisse et ne présente rien de particulier ; la face interne a un aspect un peu moins régulier et présente une coloration plus foncée : nous n'avons en aucun point pu découvrir ces végétations si fréquentes dans les kystes de l'ovaire.

La paroi présente une épaisseur variable : elle est de près d'un centimètre au voisinage de la tumeur solide ; de là, elle va en s'amincissant graduellement et n'a plus en certains points qu'une épaisseur d'un millimètre. Cette paroi, qui offre au toucher la consistance du cuir souple, semble constituée par deux lames d'épaisseur différente : la moins épaisse située à l'extérieur, de consistance dense, d'une coloration blanc grisâtre. La lame située à l'intérieur et séparée de la précédente par une mince couche de tissu conjonctif lâche, est plus épaisse environ de moitié ; sa structure est assez fragile et, en y regardant de près, on y remarque une foule de petites ouvertures identiques, à part leur volume beaucoup plus petit, à celles que nous venons d'observer dans la partie solide la tumeur kystique.

2° La plus petite des deux poches est constituée par un kyste dermoïde ; son volume est à peu près celui d'une tête d'enfant ; la paroi en est mince et n'atteint même pas un millimètre d'épaisseur en certains endroits. Ce kyste contenait de la matière sébacée et une touffe de cheveux, les uns noirs, les autres roux, implantés sur une sorte de mamelon de la grosseur d'une petite

noix. Ce mamelon, présentant dans son intérieur une petite cavité cloisonnée remplie d'une matière caséeuse, est hérissé à l'extérieur d'une multitude de villosités, grêles, filiformes, dont quelques-unes atteignent une longueur d'environ un millimètre.

En trois ou quatre endroits de la surface interne du kyste, nous avons observé des plaques calcaires à bords irréguliers et d'une superficie de 1 à 3 centimèt. carrés. Ajoutons que le kyste ne contenait ni dents ni formations osseuses.

Enfin, pour faire une description complète, nous mentionnerons une petite poche kystique adossée au kyste dermoïde, mais sans communication avec lui, et que nous avons trouvée remplie d'une matière molle et friable et de coloration gris rougeâtre.

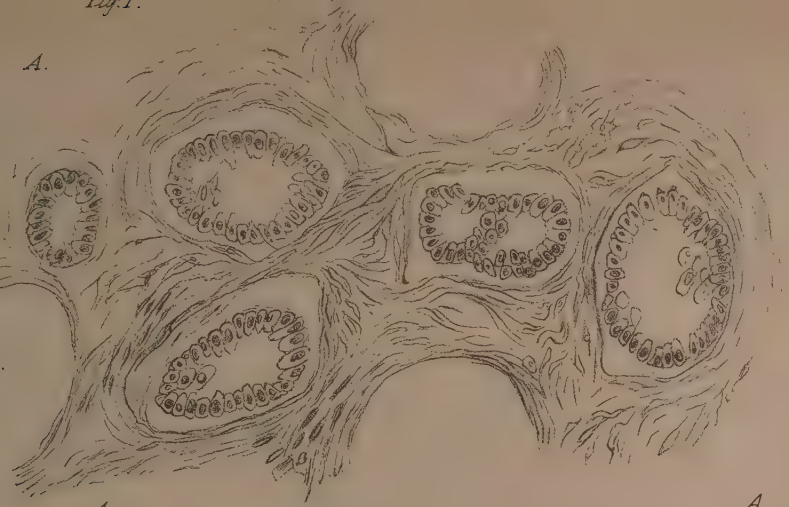
2° EXAMEN HISTOLOGIQUE.

A. Partie solide de la tumeur. — Après un séjour de trente heures dans la solution gommeuse, nous avons fait durcir à l'étuve les fragments à examiner. Au bout d'une dizaine d'heures, le tissu nous a semblé d'une consistance suffisante pour être coupé. Les coupes, colorées au picro-carmin, ont été montées dans la glycérine.

Examinées à un faible grossissement, les coupes apparaissent constituées par un tissu conjonctif assez compact, criblé d'ouvertures de forme et de grandeur variables, ces dernières bordées par une zone fortement colorée en rouge par le carmin.

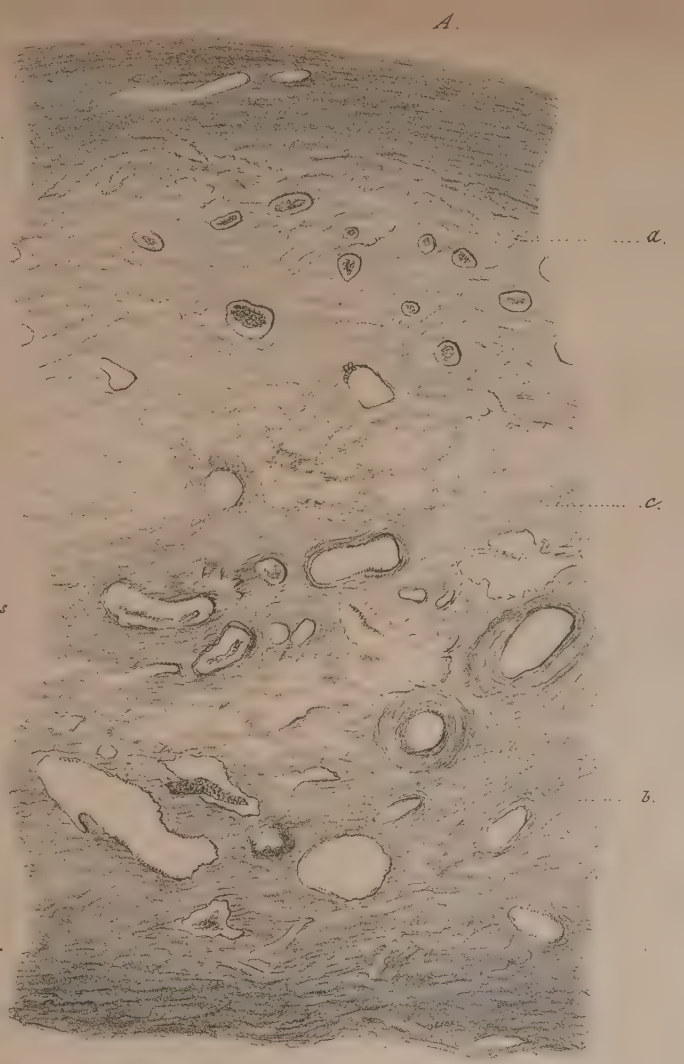
1° *Tissu conjonctif*. — Examiné à un fort grossissement (oc. 3, obj. 7 Vérick), nous le voyons formé de travées franchement fibreuses, denses, contenant peu ou point de cellules conjonctives, et d'amas irréguliers où les fibres connectives, moins serrées, ondulent et laissent entre elles de nombreuses lacunes ; enfin, il est des points où le tissu conjonctif beaucoup plus jeune est remarquable par le grand nombre des cellules. Pour être complet, nous devons mentionner des agglomérations de cellules embryonnaires

Fig. I.



A. Tumeur solide accompag.ée un Kyste de l'ovaire opéré par M. Gillis.

Fig. II.

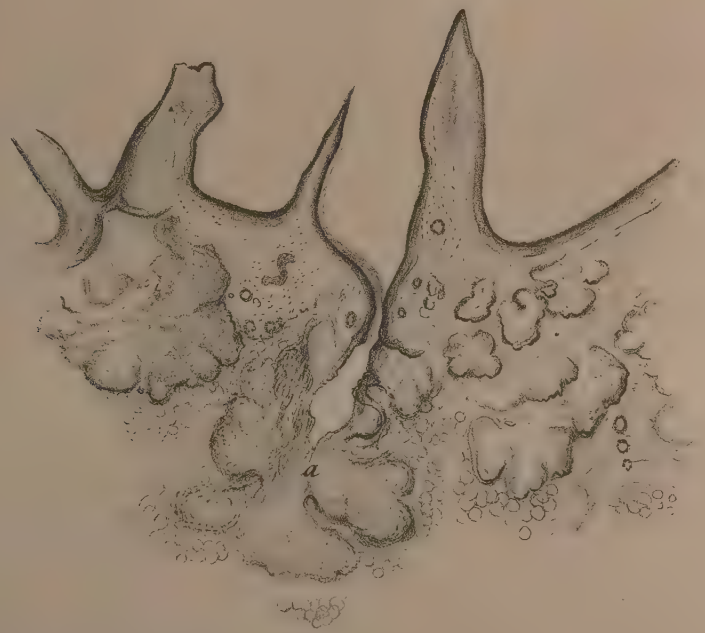


A. Paroi du grand Kyste.

A.
Coupe perpendiculaire
a. Couche externe.
b. Couche interne.
Les 2 couches sont séparées par une troisième couche c. de tissu conjonctif.

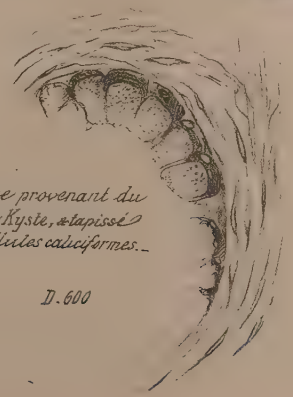
D. 150.

Fig. III.



Papilles dermiques — Glandes sébacées & canaux sudoripares provenant du Kyste dermoïde.

B.



B. Tube provenant du même Kyste, tapissé de cellules caliciformes.

D. 600

B.

B. Cellules épithéliales cylindriques fortement grossies.

Imp.ie L. Boehm. Montp.r

que nous avons rencontrées en grand nombre dans nos préparations.

Voyons maintenant ce que sont ces ouvertures, qui à un faible grossissement se montraient comme entourées d'une zone colorée en rouge intense.

Fortement grossies (fig. 1, A), ces ouvertures nous ont fait l'impression de tubes ou cylindres creux coupés, pour le plus grand nombre, perpendiculairement à leur axe. Nous disons tubes, car, la coupe les ayant rencontrés en certains points sous un angle très aigu, nous avons obtenu ainsi, au lieu de figures à peu près régulièrement ciculaires, des figures oblongues en forme d'ellipse très allongée. Dans certaines de nos préparations, des coupes heureuses nous ont permis d'observer des tubes décrivant des flexuosités et des anses en grand nombre, qui faisaient au premier abord ressembler ces points de la préparation à d'énormes glomérules de Malpighi.

Ces tubes sont tapissés par un revêtement épithélial ayant fortement fixé le carmin (fig. 1, A). L'épithélium est partout cylindrique, mais l'aspect des cellules est assez variable. Ainsi, en certains points, les cellules diminuent de hauteur, augmentent d'épaisseur et se rapprochent du type cubique ; en d'autres, les cellules sont longues, étroites, à bords parallèles ; nous avons enfin aperçu des cellules de forme nettement triangulaire couronnées par un plateau fortement coloré (fig. 2, B). Le noyau de tous ces éléments est volumineux, unique le plus souvent, quelquefois double, granuleux et à contours nettement définis. C'est d'ailleurs à ce gros noyau que le revêtement épithélial doit sa coloration rouge intense. Le protoplasma périnucléaire ne nous a paru subir que peu ou point l'action du picro-carmin ; il apparaît en effet autour du noyau sous l'aspect d'une mince couche presque incolore, granuleuse, à contours assez frustes, mais suffisamment nets cependant pour permettre d'apprécier la forme de la cellule. Enfin, sur deux tubes dont nous avons représenté l'un

d'eux (fig. 1, B.), nous avons observé que le revêtement était, environ sur les trois quarts de la circonférence, constitué par des cellules caliciformes peu colorées, se présentant à la coupe sous la forme d'un U majuscule. Le petit golfe compris entre les branches de l U nous a semblé rempli d'une substance amorphe, granuleuse, n'ayant pas du tout fixé le réactif. Comme il est facile de s'en rendre compte par le dessin, le corps de la cellule n'est plus représenté que par un petit noyau entouré d'une étroite couche de protoplasma et repoussé contre la paroi du tube.

L'adhérence entre la paroi conjonctive et l'épithélium nous a semblé faible : ainsi, comme on peut le voir (fig. 1, A), le revêtement est entièrement séparé du tissu conjonctif et refoulé vers le centre des tubes. Dans les cavités d'une assez grande dimension, l'épithélium ne se retrouve plus que par places ; enfin, dans les cavités kystiques proprement dites, nous n'en avons plus retrouvé trace.

Le revêtement endothélial des tubes est constitué presque partout par une couche unique de cellules ; dans certains points cependant, peu nombreux il faut l'avouer, la couche endothéliale se composait de deux et même de trois couches d'éléments disposés très irrégulièrement, de sorte que dans ces points il semblait y avoir une sorte de large bourgeonnement de l'endothélium.

Ces tubes se ramifient-ils ? C'est une question à laquelle nous ne pouvons pas répondre catégoriquement ; tout ce que nous pouvons dire, c'est que nous n'avons pas observé de ramifications sur le nombre très considérable de coupes que nous avons faites; mais, nous le répétons, nous n'affirmons rien à cet égard, vu que nous n'avons pas pu suivre un tube d'un bout à l'autre. Il nous a été donné cependant d'observer quelquefois un tube coupé parallèlement à son axe se terminer brusquement dans le tissu conjonctif ambiant par une extrémité arrondie et légèrement élargie, où le tube perdait sa lumière grâce au nombre très considérable d'éléments qui le remplissaient : éléments ne possédant

pas le type cylindrique. Ces deux faits : disparition de la lumière centrale et changement dans la forme des cellules, nous portent à considérer cette partie du tube comme une extrémité. Quant à l'autre extrémité, nous n'avons pas pu la découvrir.

B. Paroi de la grande poche (fig. 2, A). — Nous avons employé les mêmes procédés de durcissement que pour la tumeur précédente.

En allant de la paroi externe à la paroi interne, nous avons successivement rencontré :

1° Une couche de tissu conjonctif dense, ayant à peu près un tiers de l'épaisseur totale de la paroi. Le tissu, presque partout fibreux et assez avancé en organisation, a partout bien fixé le carmin. De loin en loin, on y rencontre des coupes de tubes tapissés par un épithélium semblable à celui des tubes de la tumeur précédente. Remarquons que ces tubes deviennent de plus en plus larges, à mesure qu'on se rapproche de la paroi interne.

2° Une lame de tissu conjonctif très lâche (fig. 2, A-*c*.) circonscrivant de larges mailles : c'est cette couche que nous avons aperçue même à l'œil nu et qui permet de séparer avec les doigts, sans se servir d'aucun instrument, les deux lames fibreuses dont l'ensemble constitue la paroi. Cette lame de tissu conjonctif a environ un dizième de l'épaisseur totale de la paroi.

3° Une couche tout à fait interne et reproduisant comme structure absolument celle de la tumeur solide, c'est-à-dire présentant un tissu conjonctif de divers âges : à certains endroits complètement fibreux, à d'autres presque embryonnaire et circonscrivant des espaces, les uns circulaires, les autres elliptiques, tapissés de cellules épithéliales cylindriques. Les mêmes considérations que plus haut nous prouvent jusqu'à l'évidence que ces espaces ne sont autre chose que des tubes coupés suivant une incidence variable. Nous ferons remarquer que ces tubes sont ici

toujours disposés suivant une direction parallèle à la paroi du kyste.

Les cellules du revêtement épithélial sont partout cylindriques, mais présentent toutefois entre elles des différences assez accusées. Dans un certain point (fig. 2, B), nous avons observé des cellules triangulaires absolument semblables à celles du revêtement intestinal, contenant un gros noyau granuleux et surmontées d'un plateau fortement coloré en rouge.

A mesure qu'on se rapproche de la limite interne de la paroi, les tubes deviennent de plus en plus rares, en même temps que le tissu conjonctif se tasse et augmente de densité.

Pas plus que les kystes d'un certain volume que nous avons trouvés dans la tumeur solide, la grande poche ne nous a présenté de revêtement épithélial. Le râclage fait sur différents points de la paroi du kyste ne nous a fourni le moindre élément épithélial.

Enfin, indépendamment de quelques inégalités ou rugosités, nous n'avons observé nulle part de ces végétations pourtant si fréquentes dans les kystes ovariques.

C. Kyste dermoïde (fig. 3). — Il nous a paru constitué dans toute l'étendue de sa surface par une paroi fibreuse plus ou moins dense, à l'exception d'un point où se trouvait une sorte de tubercule de la grosseur d'une noix environ, et d'où naissaient les poils.

Ce tubercule présente à l'examen microscopique tous les éléments de la peau : le corps muqueux de Malpighi, si toutefois on peut appeler ainsi une couche peu épaisse de cellules épithéliales, recouvre partout le derme, dont les papilles, énormément hypertrophiées, se présentent sous la forme d'éperons, dont quelques-uns atteignent, à l'œil nu, une longueur de près d'un millimètre.

Dans l'épaisseur de la partie dermique, qui nous a paru constituée par un stroma conjonctif analogue à celui du derme véritable, nous avons trouvé : 1° des glandes sébacées (fig. 3, *a*),

volumineuses, s'ouvrant à l'extérieur par une sorte de goulot rétréci ; 2° des canaux sudoripares en assez grand nombre ; 3° des vaisseaux ; 4° des follicules pileux et des poils. Quant aux organes nerveux, corpuscules de Pacini ou de Meissner, ils nous ont semblé faire défaut ; en tout cas, nous ne les avons jamais rencontrés.

Après cette description, se placent naturellement la discussion des faits et l'interprétation des données histologiques fournies par le microscope. Nous allons, en un mot, autant que possible, d'après les données que nous avons maintenant sur le développement des kystes, tâcher de reconstituer le processus dont a été le siège la tumeur qui nous occupe. Nous passerons successivement en revue les diverses parties de la tumeur.

Celle qui a été pour nous du plus grand intérêt est cette tumeur solide que nous avons analysée en premier lieu. Cette néoplasie revêt au plus haut degré la forme adénomateuse ; les tubes que nous avons vus tapissés par un épithélium d'un polymorphisme si remarquable sont bien caractéristiques de l'adénome kystique de l'ovaire. Mais quelle a été l'origine de ces tubes ? A notre grand regret, nous n'avons pu trouver, en quelque point de la périphérie de la tumeur que nous ayons pratiqué nos coupes, le moindre vestige de l'épithélium germinatif, qui, selon toute probabilité et d'après toutes les considérations émises plus haut, a été, dans notre tumeur comme dans les autres, le point de départ du processus.

On a pu s'apercevoir combien l'adhérence entre l'épithélium et le stroma était faible, puisque, partout où nous l'avons examiné, il en était séparé, excepté toutefois pour les cellules caliciformes. Nous croyons fort que l'épithélium situé à l'extérieur, n'étant pas protégé par une enveloppe fibreuse, comme dans les tubes adénomateux, exposé par conséquent aux frottements et aux chocs contre la paroi du bocal qui contenait la tumeur, a pu ainsi

disparaître à la longue. Nous ferons remarquer que la pièce anatomique n'a été en notre possession que trois mois après son ablation, et pendant tout ce temps elle a été dans de très mauvaises conditions de conservation.

Quoi qu'il en soit de l'origine première de l'adénome, il n'en est pas moins vrai, et c'est d'un intérêt primordial, qu'on y distingue tous les degrés de l'évolution kystique.

Il ne semble pas y avoir eu, dans le cas dont nous nous occupons, fusion de plusieurs kystes en un seul; chacun semble avoir évolué pour son compte. Tout nous porte à penser qu'il n'y a pas eu de dégénérescence de la paroi des kystes voisins, car dans le grand kyste nous n'avons trouvé quoi que ce soit qui de près ou de loin rappelât ces vestiges de cloisons qui caractérisent les cavités kystiques résultant de la fonte de plusieurs kystes voisins.

Il n'y a eu non plus, ici, ni néoformation conjonctive ni néoformation glandulaire. Ce kyste, par suite de son énorme développement, a comprimé tout autour de lui les tubes et les cavités moins volumineuses; aussi ceux qui siègent dans la paroi du grand kyste sont-ils déformés et aplatis, et n'apparaissent-ils plus à la coupe que sous la forme d'ellipses très allongées. La compression exercée est absolument évidente; il y a même eu, semble-t-il, en certains endroits une irritation assez intense transmise jusqu'aux cellules de revêtement des tubes; elles ont proliféré et sont arrivées à constituer plusieurs couches irrégulières ayant plutôt l'apparence d'amas sans disposition bien déterminée.

En résumé, nous admettons que cette tumeur a été le siège d'un processus identique à celui que MM. Malassez et de Sinety ont décrit au sujet des grands kystes de l'ovaire, et nous concluons avec eux que la formation kystique est précédée de l'apparition dans le stroma de l'ovaire d'un adénome parfaitement caractérisé : d'une véritable glande en tube de néoformation.

Le processus pathologique a donc agi d'une façon identique à

celle dont le processus physiologique a agi chez le fœtus. Seulement l'épithélium germinatif adulte n'arrive plus qu'à former des pseudo-follicules de Pflüger, car il leur manque toujours l'élément caractéristique : l'ovule.

Nous tenons, avant de terminer ce travail, à aborder une dernière question : c'est celle de la *malignité des kystes de l'ovaire.*

Un premier fait à constater, c'est qu'il n'y a pas d'exemple qu'un ovaire kystique ne présentant pas d'autres lésions ait infecté l'organisme. Il n'en est malheureusement plus de même dans bien des circonstances.

Les kystes de l'ovaire peuvent être le point de départ, dans bien des cas, de tumeurs secondaires dont quelques-unes peuvent être d'une malignité redoutable. MM. Malassez et de Sinety ont rangé ces tumeurs secondaires en trois classes.

Dans la première, rentrent ces petits adénomes secondaires dont le point de départ est l'épithélium des grands kystes, et qui n'arrivent le plus souvent qu'à former une série de kystes secondaires autour du premier.

Dans la deuxième classe, les proliférations sont déjà moins spécialisées ; on a affaire à des masses cellulaires pleines sans cavité, en continuité de tissu le plus souvent avec la couche épithéliale des kystes.

Dans certaines parties, les cellules de la néoformation secondaire revêtent le type épithélioïde et affectent avec le stroma conjonctif des dispositions qui rappellent singulièrement le carcinome.

Dans la troisième catégorie, on retrouve à la fois des néoformations adénoïdes et carcinomateuses, mais elles sont envahies en même temps, dominées même, par une prolifération toute différente, caractérisée par une sorte de tissu mucoïde qui rappelle le sarcome.

MM. Malassez et de Sinety rapportent dans leur Mémoire un cer-

tain nombre d'observations où les kystes ovariques sont devenus infectants.

Les tumeurs secondaires adénoïdes sont les moins dangereuses et ne semblent s'inoculer que de proche en proche. Les autres sont d'une malignité beaucoup plus redoutable, surtout les tumeurs secondaires carcinoïdes ou colloïdes.

Les auteurs cités plus haut rapportent l'observation d'une femme qui, après extirpation d'un kyste dans lequel on avait trouvé des néoformations embryonnaires, mourut à quelque temps de là. On rencontra dans le péritoine et dans la plèvre des néoplasmes dont la disposition rappelait absolument ceux de l'ovaire kystique : c'est-à-dire des cavités kystiques et des masses épithélioïdes.

CONCLUSIONS.

1° On doit attribuer le développement des kystes de l'ovaire à deux processus : le premier constitué par l'hydropisie des follicules, le second par une néoformation épithéliale.

2° Les kystes provenant d'une hydropisie graafienne n'atteignent jamais un grand volume.

3° Les grands kystes sont le produit de néoformations épithéliales.

4° Dans ces derniers, la forme kystique est toujours consécutive à un adénome de l'ovaire.

5° Les kystes ovariques peuvent donner naissance à des néoformations secondaires.

6° Plusieurs de ces néoformations secondaires, comme le sarcome et le carcinome, sont douées d'une malignité redoutable et rendent le pronostic infiniment plus grave.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

Bichat. — Anatomie générale.

Frerichs. — Ueber Gallert und Colloïden Geschwülste. Göttingen, 1847.

Virchow. — Archives.

Cruveilhier. — Traité d'Anatomie pathologique.

Rokitansky. — Lehrbuch der pathologischen Anatomie.

Wilson Fox. — On the origin and of the cystic tumours of the Ovary. London, 1865.

Förster. — Handbuch der pathologischen Anatomie.

Klebs. — Beiträge zur Ovariotomie und zur Kentniss der Abdominalgeschwülste.

Scherer. — Paralbumin, ein neues Eiweisskörper (Würzburger Verhandlung).

Broca. — Traité des Tumeurs.

De Sinety. — Traité des Maladies des femmes.

Cornil et Ranvier. — Traité d'Histologie pathologique.

Waldeyer. — Archives de Gynécologie, 1870.

Malassez. — Bulletin de la Société anatomique, 1874.

— Bulletin de la Société de Biologie, 1876.

Malassez et de Sinety. — Archives de Physiologie des années 1876, 1878, 1879, 1880.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 17 Décembre 1887.
Le Recteur de l'Académie,
Correspondant de l'Institut,
G. CHANCEL.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 16 Décembre 1887.
Le Doyen,
A. CASTAN.

SERMENT.

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses!

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!